

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

ASHER MESSOD MISHALY

**DOENÇAS OCUPACIONAIS: OS PROBLEMAS DE SAÚDE ADVINDOS DAS
CONDIÇÕES DE TRABALHO EM COZINHAS INDUSTRIAIS**

SÃO PAULO

2021

ASHER MESSOD MISHALY

**DOENÇAS OCUPACIONAIS: OS PROBLEMAS DE SAÚDE ADVINDOS DAS
CONDIÇÕES DE TRABALHO EM COZINHAS INDUSTRIAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal de São Paulo como requisito
para obtenção do Grau de Bacharel em Administração

Orientador(a) da Profª Drª Gabriela de Brelàz

SÃO PAULO

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Unifesp Osasco
e Departamento de Tecnologia da Informação Unifesp
Osasco, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M678d MISHALY, Asher Messod

Doenças ocupacionais: os problemas de saúde advindos
das condições de trabalho em cozinhas industriais / Asher
Messod Mishaly. - 2021.

35 f. :il.

Trabalho de conclusão de curso (Administração) -
Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Política,
Economia e Negócios, Osasco, 2021.

Orientador: Profa. Dra. Gabriela de Breláz.

1. Cozinhas Industriais. 2. Doenças ocupacionais. 3.
Qualidade de vida. 4. Saúde. 5. Gestão I. Breláz, Profa. Dra.
Gabriela de ,
II. TCC - Unifesp/EPPEN. III. Título.

CDD: 363.11



Ministério da Educação
Universidade Federal de São Paulo
Campus Osasco



ESCOLA PAULISTA DE POLÍTICA, ECONOMIA E NEGÓCIOS - EPPEN
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

FOLHA DE APROVAÇÃO

ASHER MESSOD MISHALY

**DOENÇAS OCUPACIONAIS: OS PROBLEMAS DE SAÚDE ADVINDOS DAS
CONDIÇÕES DE TRABALHO EM COZINHAS INDUSTRIAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Administração da Escola Paulista
de Política, Economia e Negócios – EPPEN
da Universidade Federal de São Paulo –
Unifesp como requisito para obtenção do
título de Bacharel em Administração.

Data da aprovação:
02/03/2021

Banca Examinadora:

Prof.ª Dr.ª Gabriela de Breláz
Universidade Federal de São Paulo

Profa. Dra. Marcia Carvalho de Azevedo
Universidade Federal de São Paulo

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos aqueles que me ajudaram a chegar a este grande momento.

Aos meus avós, por sempre me dizerem como eu era sortudo por ter completado a escola, o que infelizmente não tiveram a chance de fazer, por precisarem ajudar a família a ganhar dinheiro em tempos de guerra.

A minha queridíssima esposa, que sempre me apoiou e me deu forças, física e mentalmente, para não desistir da faculdade em períodos difíceis. Obrigado por sempre estar disposta a me trazer janta e vir correndo para casa ficar com as crianças para eu poder ir à faculdade.

Aos meus filhos e à minha esposa, novamente, eu agradeço de todo coração, por cederem boa parte do tempo para que eu estudasse, lesse, escrevesse, em vez de brincar, dar mais atenção e passar mais tempo com eles.

Ao meu pai e à minha mãe, agradeço por terem me colocado em uma escola de qualidade e por me fazer entender a importância de uma boa formação.

Agradeço o suporte dos meus irmãos, que sempre souberam dizer as palavras certas nos momentos mais necessários e que foram exemplo para mim, por serem pessoas esforçadas, honestas, carinhosas e leais.

Em último lugar, mas não menos importante, agradeço a todos os professores que passaram pela minha vida, em especial à minha orientadora, por toda a dedicação e paciência neste período de desenvolvimento deste trabalho. Obrigado pelo conhecimento transmitido e pela paciência que tiveram comigo.

E aos meus amigos, por me escutarem em todos os momentos necessários.

Espero que todos estejam orgulhosos de mim, pois eu me orgulho de cada um de vocês.

“Acredite em si próprio e chegará o dia em que os outros não terão outra escolha senão acreditar com você. “

(Cynthia Kersey)

RESUMO

O objetivo deste trabalho é investigar as condições de trabalho e o seu impacto na ocorrência das doenças ocupacionais, bem como compreender os fatores de risco que propiciam o surgimento das doenças ocupacionais em cozinhas industriais. Nesse panorama, surge a seguinte questão de pesquisa: quais são os fatores de risco para as doenças e qual o impacto do trabalho em sua evolução nas cozinhas industriais? No que se refere à metodologia, o presente trabalho é de natureza exploratória, realizando uma revisão bibliográfica e análise dos dados disponíveis sobre o assunto. Em suma, entende-se que as doenças mais prevalentes em cozinhas industriais são LER e DORT, sendo que uma eficaz gestão do local e modo de trabalho pode contribuir significativamente com a diminuição dos índices de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho no âmbito das cozinhas industriais.

Palavras-chave: Cozinhas Industriais. Doenças ocupacionais. Qualidade de vida. Saúde. Gestão.

ABSTRACT

The objective of this work is to investigate working conditions and their impact on the occurrence of occupational diseases, as well as to understand the risk factors that lead to the emergence of occupational diseases in industrial kitchens. In this panorama, the following research question arises: what are the risk factors for diseases and what is the impact of work on its evolution in industrial kitchens? With regard to the methodology, the present work is exploratory in nature, performing a bibliographic review and analysis of the available data on the subject. In short, it is understood that the most prevalent diseases in industrial kitchens are RSI and WMSD, and an effective management of the place and way of working can contribute to the reduction of the rates of occupational diseases and accidents at work in the context of industrial kitchens.

Keywords: Industrial kitchens. Occupational diseases. Quality of life. Health. Management.

GRÁFICOS

Gráfico 1: Número e tipos de acidentes de trabalho sofridos pelos trabalhadores das cozinhas industriais	22
--	----

TABELAS

Tabela 1: Prevalência do tipo de doenças ocupacionais dos trabalhadores de cozinha	22
Tabela 2: Prevalência de queixas de desconforto postural por região corporal	23
Tabela 3: Atividades realizadas pelos restaurantes com pesos e cargas limites prolongados .	25

SIGLAS

ABERC	Associação Brasileira das Empresas de Refeições Coletivas
ABIA	Associação Brasileira de Alimentos
AEPS	Anuário Estatístico da Previdência Social
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COPIS	Coordenação de População e Indicadores Sociais
CLR	Carga Limite Recomendada
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DORT	Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
MS	Ministério da Saúde
MTPS	Ministério do Trabalho e Previdência Social
NIOSH	National Institute For Occupational Safety and Health
NR	Norma Regulamentadora
PNAD	Política Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
NIOSH	National Institute for Occupational Safety and Health
NR	Norma Regulamentadora
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde

SUMÁRIO

GRÁFICOS	7
TABELAS	8
SIGLAS	9
1 INTRODUÇÃO	12
2 CONTEXTUALIZAÇÃO	13
2.1 Histórico da análise sobre doenças relacionadas ao trabalho	13
2.2 Identificação do problema	15
2.3 Objetivo	16
2.4 Justificativa	16
3 METODOLOGIA	16
4 REVISÃO DA LITERATURA	17
4.1 DORTs em cozinhas industriais	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

1 INTRODUÇÃO

Analisar a prevalência de doenças ocupacionais é um tema relevante e importante para o campo da administração, pois está diretamente ligado à saúde do trabalhador e à sua qualidade de vida. Este trabalho de conclusão de curso (TCC) discutirá as condições de trabalho e o seu impacto na ocorrência de doenças ocupacionais e tem como objetivo principal, compreender os fatores de risco que propiciam o surgimento das doenças ocupacionais em cozinhas industriais, com base em estudos realizados. Na busca deste objetivo, será também explorada a dinâmica e a evolução dos padrões de doenças ocupacionais ao longo dos anos, relacionando as alterações nas condições de trabalho e nos tipos de trabalho, à mudança da prevalência de doenças ocupacionais, assim como quais são as principais doenças ocupacionais prevalentes na população brasileira.

As atividades desenvolvidas nas cozinhas industriais que estão relacionadas a um processo manual intenso de preparação, o qual vai desde o fazer e servir o alimento até a limpeza desse local, sendo um trabalho que envolve diversos movimentos repetitivos, principalmente no que se tange aos membros superiores e coluna, além de outros fatores como o carregamento de grandes pesos, situações essas que trazem consequências aos trabalhadores (CASAROTTO; MENDES, 2003). A partir disso, estudos já comprovam que atividades que possuem as características citadas são capazes de gerar doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORTs), bem como diversos problemas de coluna (ANDERSSON, 1991; KEYSERLING, 1993; EHRMANN, 1996).

Nas últimas décadas, este grupo de doenças compôs o principal agravo que atinge os trabalhadores, tanto no Brasil, quanto mundialmente. Isto pode ser observado a partir dos dados do Ministério do Trabalho de 2019, que demonstram que as DORTs e os problemas de coluna ocupam o primeiro e o segundo lugar no gráfico de prevalência de doenças ocupacionais no País. É possível notar, com tais dados, ao fazer uma comparação com os anos anteriores, que há uma tendência mundial de aumento de tais patologias, tornando-o um grave problema de saúde pública (ENGLISH, 1995; SETTIMI; COLS, 1998; SILVERSTEIN *et al*, 1997; ARAÚJO, 1998). A respeito deste padrão, nota-se que, conforme as mudanças e a tecnologia foram inseridas no trabalho, no século XXI, foram alteradas também as queixas mais comuns. De acordo com os estudos realizados pela Pesquisa Saúde Brasil, em 2018, pelo Ministério da Saúde, os Distúrbios Osteomusculares ligados ao Trabalho (DORTs) cresceram 184% entre 2016 e 2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A partir de dados como os da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) de 2019, sabe-se que em São Paulo 1,3% dos trabalhadores do setor alimentício estão alocados na indústria e 5,3% deles trabalham com serviços; logo, este tema se torna de fundamental importância. Um estudo feito pela Secretaria Especial de Comunicação do Estado de São Paulo, em 2019, diz que a cada dia, com a ampliação da gastronomia para o mercado de trabalho, os serviços relacionados à área correspondem a 6,1% dos ocupados residentes em São Paulo. O número de empregos formais do setor registrou um crescimento de 58% nos últimos anos, mas a informalidade ainda prevalece na cidade, estimando-se em torno de 44,5%, o que representa em média 165 mil pessoas envolvidas na área.

No setor alimentício, estudos mostram que devido a atividade executada em seu trabalho há uma grande prevalência de doenças na vida do trabalhador, podendo-se citar: dermatite de contato, caracterizada pela erupção cutânea causada pelo contato com determinada substância (TACKE *et al*, 1995); Síndrome do dedo em gatilho, que é o travamento do dedo em uma posição dobrada causado por uma inflamação do tendão do dedo (GORSCHE *et al*, 1998); Síndrome do túnel do carpo, quando um nervo do punho é comprimido causando sintomas de parestesia e formigamentos (GORSCHE *et al*, 1999); Síndrome de Burnout, entendida como um distúrbio psíquico causado pela exaustão extrema, relacionado ao trabalho excessivo (RIINA *et al*, 2000); e Epicondilite, uma irritação causada no tecido que junta o músculo dos antebraços ao cotovelo, causado por movimentos repetitivos (ONO *et al*, 1998).

Doenças e acidentes de trabalho se fazem cada vez mais presentes no setor alimentício, principalmente no que tange a sujeitos que trabalham dentro das cozinhas industriais. Ainda, percebe-se que há uma diminuída literatura acerca da rotina, e consequências dessa, dos sujeitos que atuam nas cozinhas industriais, dificultando a realização de efetivas intervenções que possam atuar na diminuição dessas consequências, bem como em um atendimento adequado e encaminhamento previdenciário correto (CASAROTTO; MENDES, 2003).

2 CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1 Histórico da análise sobre doenças relacionadas ao trabalho

Desde a Antiguidade, com as primeiras profissões manuais e suas execuções, constatam-se relatos de lesões e males específicos advindos de certa prática manual. O trabalho e sua relação com o risco de adoecer, bem como a relevância de medidas preventivas relativas a doenças e acidentes no exercício da profissão, são questões notadas desde os tempos bíblicos,

onde há o mandamento de montagem de guarda-corpos para as sacadas evitando possíveis quedas.

Ademais, não se pode falar em conhecimento sobre saúde do trabalhador sem citar Ramazzini que, foi autor de um tratado primordial sobre doenças ocupacionais. Em tal obra, intitulada de *De Morbis Artificum Diatriba*, e escrita no final do século XVII, (FUNDACENTRO, 2004) o autor recomendava a inserção de perguntas específicas sobre a ocupação no momento da anamnese clínica, durante a qual o médico levanta a história da doença atual e os antecedentes pessoais do enfermo, para que ,com a posse deste conhecimento pudesse sugerir formas de prevenir e tratar enfermidades. Ramazzini, assim, acabou catalogando uma gama de doenças e suas relações íntimas com o ofício de seu portador.

Atualmente, é notável um significativo crescimento de doenças e lesões provenientes de situações das mais diversas onde o trabalhador está inserido, adquirindo-as no seu período de trabalho. As doenças podem variar desde deficiência de vitamina D, obesidade, de natureza reumatológica, distúrbios circulatórios e hemodinâmicos, intoxicações, lesões por esforço de repetição, perda auditiva por ruído, entre outros, cada qual com sua etiologia relacionada ao próprio trabalho e as condições inerentes ao mesmo.

Em relação à esfera administrativa-empresarial, diz Santana (2006), que foi com o paradigma da medicina social no século XIX que surgiram preocupações com a prevenção de distúrbios da saúde associados ao trabalho, uma vez que esse paradigma trouxe a concepção do trabalho como determinante na vida do sujeito, sendo assim, condições de trabalho seriam capazes de trazer benefícios e malefícios ao homem.

As políticas de qualidade de vida no trabalho nem sempre foram prioridades. De acordo com Tose (1997), a gestão de RH teve uma evolução composta por cinco fases distintas durante o processo de industrialização nacional, a saber: a fase contábil, a legal, a tecnicista, a administrativa e a estratégica. Foi somente na fase estratégica, iniciada em 1985, que a qualidade de vida do empregado foi colocada como prioridade para a organização. Tal preocupação se deu na forma de horários mais flexíveis de trabalho, salas de descanso e lazer, encorajamento à prática de esportes, jornadas de trabalho mais moderadas, dentre outros. Atualmente, uma empresa que deixa de empregar tais medidas, pode ser vista como não responsável socialmente e não competitiva no mercado, uma vez que se sabe que o estado de saúde do trabalhador não é independente de sua atividade profissional e sua produtividade está diretamente relacionada ao seu estado de saúde.

Todavia, apesar destas ações já começarem a fazer parte indissociável das propostas de trabalho nas organizações atuais, vários outros fatores ainda contribuem para a susceptibilidade

às doenças ocupacionais pelas atuais condições de trabalho. Altas demandas por parte dos diretores, metas estratosféricas, horas extra, reuniões de emergência, entre outros, são fatores que promovem enfermidades e inclusive o stress ocupacional, que de acordo com Couto *apud* Stacciarini e Tróccoli (2001) decorre de um desgaste do organismo devido à falta de capacidade do sujeito em se adaptar as exigências psíquicas requeridas em seu ambiente de trabalho.

Ainda assim, o trabalho, exclusivamente tratado sob a ótica da economia, sendo entendido como processo produtivo onde se troca o valor do seu tempo por uma remuneração em dinheiro, continua a ser o meio predominante de ocupação e indivíduos submetem-se a situações de risco para sua saúde somente para prover seu sustento.

2.2 Identificação do problema

A doença ocupacional, se difere em sua essência dos acidentes de trabalho típicos. Ela tem uma característica de ocorrer continuamente, sem que se possa saber com exatidão quando se iniciou. Já o acidente, tem isto tudo muito bem definido. As causas, em sua grande maioria, são: a não utilização ou o uso de forma incorreta de equipamentos de proteção individual (EPIs), o contato com agentes nocivos, a falta de ergonomia nos moveis do ambiente de trabalho, ou até mesmo organização do trabalho realizada de modo ineficiente, exigindo esforços repetidamente, em uma mesma ação e em períodos prolongados, por parte dos trabalhadores.

No Brasil, em 2017, de acordo com o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), a doença que mais causou afastamentos foi a dorsalgia (dor nas costas), totalizando 83,8 mil casos. Esta enfermidade, inclusive, nos últimos dez anos, tem sido a mais frequente dentre os auxílios-doença concedidos pelo INSS, conforme dados do Ministério da economia (2020a). Outra categoria importante, consoante ao Ministério da Economia, são os transtornos de comportamento e da mente que também têm causado muitos afastamentos de trabalhadores. Episódios de depressão, por exemplo, foram responsáveis por 43,3 mil auxílios-doença em 2017, ocupando a 10ª posição entre os agravos que mais afastam colaboradores de suas funções. Percebe-se a gravidade do problema, portanto, por se tratar de doenças com curso fisiopatológico silencioso e por vezes incapacitantes, que ocorrem nas mais variadas ocupações profissionais. Outro fator relevante é o alto número de profissionais afastados, indicando a alta incidência das doenças ocupacionais na população trabalhadora.

2.3 Objetivo

O presente trabalho se propõe a explorar as condições de trabalho e o seu impacto na ocorrência das doenças ocupacionais, e tem como objetivo principal compreender os fatores de risco que propiciam o surgimento das doenças ocupacionais em cozinhas industriais, com base em estudos realizados. Adicionalmente, tem como objetivo específico explorar a dinâmica e a evolução dos padrões de doenças ocupacionais ao longo dos anos no Brasil. Pretende-se relacionar as alterações nas condições de trabalho e nos tipos de trabalho à mudança da prevalência de doenças ocupacionais. Por fim, se propõe a identificar as principais doenças ocupacionais prevalentes na população brasileira.

2.4 Justificativa

O presente estudo se justifica devido à importância das doenças ocupacionais no Brasil. Existem indícios de subnotificação das doenças ocupacionais, o que seria um grave problema, pois os números divulgados podem ser muito maiores, refletindo o real cenário, caso todas as ocorrências fossem notificadas. Justifica-se também pela grande viabilidade da metodologia de estudo sem complexidades na coleta de informações e o fácil acesso às mesmas. O baixo custo da pesquisa também é vantajoso, criando, assim, a oportunidade de um estudo abrangente, aprofundado, viável e com baixo orçamento.

Adicionalmente, discutir doenças ocupacionais no âmbito de uma escola de administração é de fundamental importância dado que os futuros gestores podem se tornar agentes de transformação dentro das organizações em que estarão inseridos, atuando na prevenção destes problemas e na institucionalização de programas de qualidade de vida.

3 METODOLOGIA

Quanto ao método, este estudo caracterizou-se como pesquisa exploratória. Esse tipo de metodologia é de cunho qualitativo e visa trazer uma maior familiaridade com o problema que vem a ser discutido, podendo envolver fatores como levantamento bibliográfico, entrevista com pessoas que tiveram experiências acerca do problema discutido e análise de exemplos dessa situação (GIL, 2007). Foram utilizados dados secundários como base em artigos científicos, relato de experiências, trabalhos acadêmicos, relatórios sociodemográficos e livros que abordavam a temática estudada. Foram excluídos estudos que não possuísem uma referência confiável e trabalhos que não contemplavam a temática e o objetivo desse estudo.

Inicialmente foram discutidos as DORTs, incidência no Brasil e evolução de forma ampla, e, posteriormente, analisaram-se os dados específicos de um estudo sobre cozinhas industriais com base no artigo de Casarotto e Mendes (2003) que destaca “o grande número de queixas e afastamentos de funcionários causados principalmente por DORT e Dores na Coluna”. Esta pesquisa chamou a atenção pela metodologia escolhida e pelos resultados apresentados e inspirou o autor deste trabalho a pesquisar o tema, DORTs em cozinhas industriais, buscando levantar uma evolução destes indicadores nos últimos anos. Vale destacar, que o autor deste TCC é, atualmente, também estudante de quarto ano do curso de Medicina e este trabalho se apresentou como uma oportunidade de integração de saberes de diferentes áreas do conhecimento com seus desafios e potencialidades, mas que promove uma formação humanística e conectada com problemas de reais e concretos da nossa sociedade.

Casarotto e Mendes (2003) avaliaram 186 trabalhadores das cozinhas de quatro restaurantes universitários e 71 trabalhadores da cozinha de um hospital pediátrico que trabalhavam com o preparo da comida, dos cardápios e das dietas. Também eram responsáveis pela limpeza do local e dos utensílios, além de cuidarem dos próprios alimentos e de sua distribuição. Essa pesquisa foi feita em algumas etapas, contando com encontros iniciais de apresentação da proposta aos funcionários com a presença das nutricionistas e entrevista acerca das condições de trabalho, além da observação em tempo real do local de trabalho. Também se utilizou a Avaliação da Carga Limite Recomendada (CLR) através do Método NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health) e a Classificação de Repetitividade de acordo com os critérios do NIOSH; desse modo, os dados coletados foram analisados e se produziu um estudo reflexivo acerca das diferenças nas ações e políticas que surgiram. Destaca-se que não havia dados estruturados do setor a respeito dos agravos e acidentes de trabalho para servir de ponto de partida para comparação com os dados dos questionários e que esta pesquisa é amplamente citada em vários estudos sobre DORTs tendo se estabelecido como um estudo seminal sobre o tema (AGUIAR et al, 2010; CASSARATO; MENDES, 2003; COCKELL et al, 2018; ISOSAKI et al, 2011).

4 REVISÃO DA LITERATURA

Em relação à prevalência das doenças ocupacionais, de acordo com Cordeiro (1995), pode-se assumir que há dois subtipos, as que são claramente relacionáveis às práticas diárias dos mesmos e as subdiagnosticadas. Clinicamente, o subdiagnóstico é o não reconhecimento de uma doença como tal, ou seja, a sua não identificação. Neste contexto,

muitas das enfermidades prevalentes na população etiológicamente podem ser ocupacionais, porém são subdiagnosticadas, não sendo diretamente relacionadas a ocupação original.

De acordo com os dados da Secretaria Especial de Previdência e Trabalho, no ano de 2019, aproximadamente 39 mil trabalhadores foram afastados do trabalho devido a esse tipo de adoecimento, que podem ser levados à perda de funcionalidade e também dificuldades em seus movimentos, trazendo um conflito entre a vida profissional e pessoal dos trabalhadores (MINISTÉRIO DA ECONOMIA, 2020b). Segundo o estudo, este problema atinge especialmente mulheres (51,7%), trabalhadores com a idade entre 40 e 49 anos (33,6%) e pessoas que têm o ensino médio completo (32,7%). Muitos destes casos foram de alto nível na região Sudeste, com 58,4% das notificações. Posteriormente, Mato Grosso do Sul e Amazonas.

Adicionalmente, de acordo com Anuário da Saúde do Trabalhador, relatório realizado pela DIEESE em convênio com o Ministério do Trabalho e divulgado em 2016¹, 557 mil afastamentos foram registrados por causa de acidentes de trabalho, assim como doenças ocupacionais no ano de 2014, número este que representa um aumento de 24% em 10 anos. Os acidentes no trajeto para o trabalho tiveram o maior aumento, resultando em 127% a mais neste período.

Estes dados representam um subdiagnóstico, além de haver discrepâncias grandes entre os números divulgados de acordo com cada entidade. Maia *et al* (2013) constata que a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) aponta números cerca de sete vezes superiores aos da Previdência, com maior variabilidade entre os Estados da região do Norte e Nordeste do Brasil. Sugere, por sua vez, que a subnotificação dos registros quando da ocorrência dos acidentes é o que causa esta discrepância. Além disso, sugere que há o importante fator da informalidade no emprego, sendo este o responsável pelas “maiores divergências entre os dados divulgados pelas entidades, mais acentuadamente nas Unidades de Federação da região Norte e Nordeste.”

As principais ocupações profissionais que tiveram mais afastamentos por doenças ocupacionais, no ano de 2007, conforme divulgado pela DIEESE, foram as de administração pública em geral (32.639 casos), seguida por fabricação automotiva (3.593 casos) e de limpeza em geral (2.652 casos). Já em 2014, as atividades de administração pública em geral continuaram no topo do ranking (51.894 casos), seguidas por atividades hospitalares, com

¹ Com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), da Pesquisa Nacional de Saúde (2013) e da Coordenação de População e Indicadores Sociais (Copis), ambas vinculadas ao IBGE; da Relação Anual de Informações Sociais (Rais), e do Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS), os dois do MTPS; do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), todos do Ministério da Saúde (MS).

exceção de pronto-socorro e atendimento a urgência (6.203 casos), que ocupava a sexta posição em 2007. Em terceiro lugar vem a construção de edifícios (5.089 casos).

No entanto, quando se analisa por setor de atividade econômica, percebe-se um quadro evolutivo interessante. O setor de indústria de transformação, em 2004, tinha 26,9% dos afastamentos por doença ocupacional, ao passo que o setor de serviços detinha 20,35% dos mesmos. Dez anos depois, em 2014, o setor de indústria e transformação aparece com 18,5% dos afastamentos, enquanto o de serviços já tem 31,42% deles. Nesse mesmo período de dez anos, o setor de administração pública, com 16,95% dos afastamentos, aumentou para 28,75% sua porcentagem. Estas dinâmicas podem correlacionar-se com as mudanças associadas aos novos modelos de negócio, assim como no mercado e no ambiente de trabalho, também conhecida como a Era Digital, podem ser identificadas casos de LER- Lesões por Esforços Repetitivos. Estes dados são periódicos da DIEESE, seus anuários mostram os dados de 2004 e posteriormente os dados publicados em 2016 sobre 2014 e 2015, sendo estes os dados mais atualizados. Entretanto, durante o período de pandemia, cabe ressaltar que a COVID-19 foi considerada pelo Ministério da Economia, uma doença ocupacional, formalizada na Nota Técnica SEI nº 56376/2020/ME da Secretaria Especial de Previdência e Trabalho, com impactos nas estatísticas e na mudança do perfil de afastamentos que ainda devem ser mensuradas em estudos futuros. (MINISTÉRIO DA ECONOMIA, 2020)

Estas mudanças levam a padrões de adoecimento e a estímulos estressores diferentes daqueles prevalentes na época da Revolução Industrial, aumentando a incidência de doenças ocupacionais com etiologias e fisiopatologias totalmente distintas. Na época do taylorismo, os indicadores mais diretos da periculosidade estavam relacionados diretamente “às ocorrências típicas dos agentes de risco existentes nos ambientes de trabalho da época”, que eram onde ocorria a própria transformação industrial. Nesta conjuntura, também foi associada uma forma de entender o que seriam os agravos à saúde. Na ótica da Medicina Legal e da Higiene do Trabalho e Industrial, os riscos de uma ocupação eram compreendidos como uma desventura ocasional do trabalho: ideia esta, que unia a “fatalidade a uma certa suscetibilidade individual para a ocorrência de tais problemas”. (BAILL, 2007; BERTOLLI FILHO, 1993; MENDES, 1995)

Esta mesma linha de entendimento foi seguida pela Medicina do Trabalho e também posteriormente pela Saúde Ocupacional, vinculando sua ideia sobre as formas de adoecer e morrer do trabalhador que provém dos próprios locais de trabalho em que ele está inserido e interagindo, sejam estes agentes patogênicos físicos, químicos ou biológicos. (MENDES, 1980). A consequência disso era que o perfil de adoecimento dos trabalhadores era unicamente

relacionado às doenças e acidentes ocupacionais inerentes a eles, cada qual com sua ocupação, não se concebendo que eles adoecessem, e morressem posteriormente, como o restante da população. Acerca disso Dias (1994) afirma que essas mudanças “determinam formas de adoecimento e morte que devem ser analisadas do ponto de vista histórico para que se entenda como as transformações do trabalho atuam na saúde/doença” (BAILL, 2007). Inclusive, dentre as grandes contribuições da Saúde Coletiva, que inclusive foi uma ruptura com o que era entendido anteriormente, foi a introdução da categoria “processo de trabalho” como explicação para as relações de trabalho dentro do processo de saúde e doença. (LACAZ, 1996)

Sob o fordismo, mudanças importantes ocorrem. A automação começa a ser imposta ao local de trabalho e a própria jornada de trabalho tem alterações na sua organização, como o regime alternado de turnos, por exemplo. Isto culminou com uma mudança no perfil deste processo de saúde e doença. Ao final dos anos 60, já há um aumento das faltas e do desprazer no trabalho, com o surgimento das “*operações tartaruga*” como modo de protesto e resistência ao controle fordista, demonstrando a insatisfação e a extenuação deste modelo de gestão (HUMPHREY, 1982). Como consequência, as novas tecnologias se desenvolvem e a automação acaba se tornando mais aprofundada ainda, com impactos nos níveis de produção a serem atingidos e culminando com mudanças nos modelos de negócio e no próprio ambiente de trabalho. Monteiro (1995) diz que este “novo” formato de empresa traz exigências contraditórias sobre a saúde do trabalhador, como por exemplo: ritmo mais intenso, necessidade de mais controle e maior conhecimento da atividade; polivalência; criatividade aumentada e ainda, critérios mais rígidos de avaliação. Tais mudanças, resultam em queixas variadas por parte dos empregados, tendo em comum o mal-estar em forma de: cefaleias, lombalgias, insônia e fadiga recorrente que não há recuperação do vigor nem ao se descansar. (MONTEIRO, 1995)

Diante disso, afirma Gorender (1997) que um novo perfil patológico se configura, com uma maior incidência entre os trabalhadores de doenças crônicas sem uma relação direta com o trabalho propriamente dito, como era evidente antigamente e havia um nexos causal, os chamados “infortúnios do trabalho”. Há um aumento de doenças cardiovasculares, gástricas, psicossomáticas, de cânceres de todos os tipos, desgastes musculoesqueléticos na forma das lesões por esforços repetitivos (LERs), mortes por “*overworking*” (excesso laboral) e das doenças relacionadas ao estresse, como o Burnout e depressão, “com ressalvas a países periféricos, onde a coexistência de processos de trabalho arcaicos e modernos explica a ocorrência de um perfil híbrido de doenças ocupacionais prevalentes.” (BAILL, 2007)

Percebe-se este hibridismo, também, analisando os dados divulgados pela DIEESE, onde os afastamentos por doenças ocupacionais em regiões metropolitanas em 2004 eram de

35%, enquanto 65% eram provenientes de regiões não metropolitanas. Já em 2014, esse número de afastamentos nas regiões metropolitanas saltou para 45,5%.

Dentro do universo das doenças ocupacionais e das organizações, chamou a atenção as cozinhas industriais. O mercado de alimentação vem crescendo muito atualmente e, com ele, aumenta-se a demanda por mão-de-obra. De acordo com a Associação Brasileira da Indústria de Alimentos, a indústria brasileira de alimentos e bebidas é a maior do Brasil, representando 10,5% do PIB brasileiro, cresceu 6,7% em faturamento em 2019 em relação a 2018 e gera cerca de 1.680.000 de empregos formais e diretos (ABIA, 2020).

Estes alimentos são consumidos pela população brasileira e exportados. No caso do consumo interno, é necessário que haja uma boa gestão desse ambiente, podendo ser de forma própria em um sistema de autogestão ou a partir de uma empresa especializada, como as empresas de administração de serviços de alimentação – cozinhas industriais – (DE PAULA, 2011). Independentemente de qual for o meio escolhido para tal gestão é de extrema importância que essa seja bem-feita de modo a aumentar a produtividade daquele serviço, bem como pensar na segurança dos trabalhadores. Vale destacar que o setor de cozinhas industriais está em crescimento. De acordo com a Associação Brasileira de Refeições Coletivas (ABERC), a estimativa de faturamento do setor em 2020 foi de R\$55,8 bilhões, representando um crescimento de 7,3% em relação a 2019 e de 9,9% em relação a 2018 (ABERC, 2021)

Sabe-se que esse setor da alimentação apesar de visto como essencial, é entendido como “de passagem”, uma vez que os usuários desse setor ficam pouco tempo em suas dependências, apresentando uma grande rotatividade (TEIXEIRA et al, 2006); ao mesmo tempo, apresenta uma baixa atratividade aos trabalhadores devido ao baixo reconhecimento profissional, baixa remuneração e grande carga de trabalho físico e mental. Nesse sentido, se faz importante uma maior atenção a fatores como as condições do ambiente de serviço, a grande exigência das atividades e a organização do trabalho, de modo a resolver os problemas existentes no setor para que se possa promover melhores condições de trabalho a esses sujeitos e, consequentemente, melhores condições de vida (ALEVATO; ARAÚJO, 2009).

Assim, ao fazer uma análise do setor e seus trabalhadores, é possível notar uma crescente incidência de doenças ocupacionais, bem como acidentes de trabalho. Diante disso, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) instituiu o Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação que trouxe, tanto questões sanitárias sobre manipulação do alimento, quanto questões mais estruturais, como o manejo de resíduos, o controle de pragas e qualidade da água e os fluxos de produção, com o intuito de evitar a proliferação de doenças e também proporcionar um local de trabalho adequado aos funcionários (BRASIL, 2004). Tais

práticas auxiliam não somente a não transmissão de enfermidades, mas também ajudam a programar uma rotina dentro do estabelecimento de produção, o que evita o cruzamento e atraso de tarefas, bem como a facilitar o trânsito dentro da cozinha, promovendo a otimização do tempo e organização do ambiente e serviços (DOMENE, 2011).

Lendo a obra de Christophe Dejours sobre psicodinâmica e sofrimento do trabalho, percebemos que o trabalho pode ser considerado como uma violência por si mesmo. Segundo o autor, a violência no mundo do trabalho existe, pois algumas formas de trabalho implicam não somente o exercício da violência, como, por exemplo, no trabalho da polícia, mas também há violências que fazem parte do cotidiano. Uma das formas de violência que encontramos começa pelo assédio sexual. São então mulheres as vítimas dessa violência. A terceira forma que também precisa ser distinguida das metáforas de violência é o suicídio. Hoje em dia, nós encontramos novas formas psicopatológicas, tendo em vista o surgimento de suicídios nos locais de trabalho, uma violência que é direcionada contra si mesmo, mas que avança até a morte. Estas são situações excepcionais, mas são cada vez mais frequentes. Por fim, há formas rituais de violência, principalmente nos trabalhos de risco, como nas construções civis, onde as demonstrações de virilidade, coragem, força física e resistência fazem parte das estratégias de defesa. Aqui, o recurso a violência não é banalizado, mas faz parte de uma violência quase tradicional.

A última forma da violência ocorre quando as pessoas se instalam em posições cada vez mais duras umas contra as outras. Então, se formam, às vezes, aquilo que chamamos de ideologias defensivas de trabalho. Trata-se de formas de coesão de grupo contra o inimigo comum. Quando chegamos a tais situações de crise, não podemos mais conversar, pois é a falha total da palavra e a chegada ao impasse do funcionamento psíquico de cada um. Resta apenas uma saída à raiva, ao ódio que se desenvolve entre as pessoas, e essa saída acaba sendo a violência (DEJOURS, 1991).

A relação entre qualidade de vida e trabalho, atualmente, é muito clara. Há vinte anos, no Brasil, não havia uma preocupação constante no cuidado da saúde dos trabalhadores. A força de trabalho é a grande riqueza da indústria, pois através dela é possível exercer seu papel. E essa força de trabalho funciona melhor quando as pessoas trabalham em boas condições e satisfeitas com a vida. Há assim um aumento da produtividade.

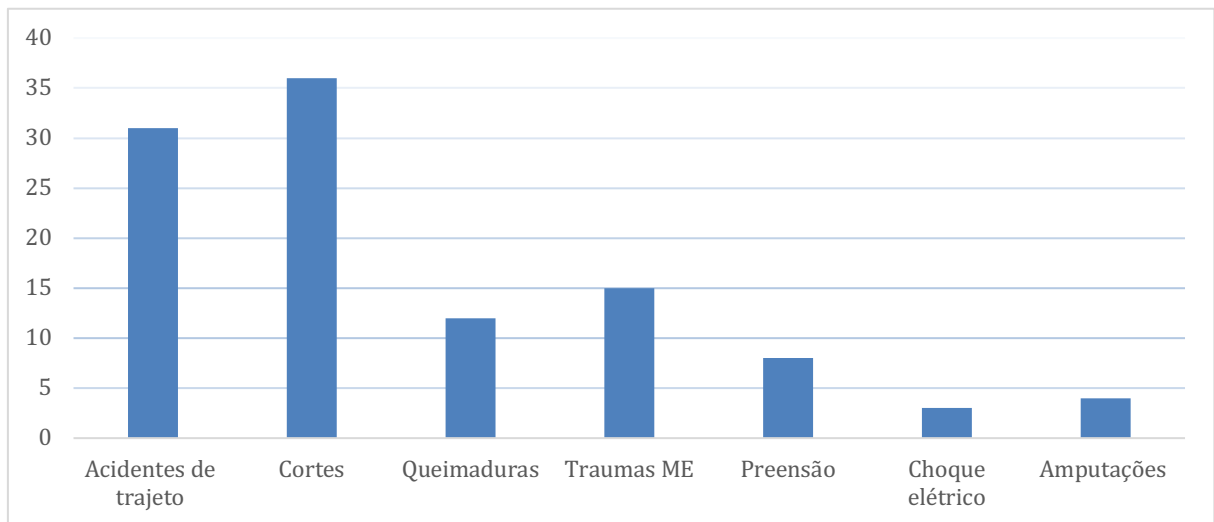
Atualmente, a depressão é a terceira causa de afastamento do trabalho no Brasil e a Organização Mundial da Saúde estima que em 2030 será a primeira causa (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2020). Isso acontece porque a vida moderna se tornou muito difícil. Cada pessoa possui, hoje em dia, um número muito grande de papéis para exercer, os

quais vão além da esfera do trabalho, e as pessoas não conseguem exercer todos esses papéis de forma perfeita, o que causa um estresse permanente. As pessoas passam o tempo inteiro tentando resolver problemas e o objetivo da vida acaba se tornando a resolução de problemas e nada mais, já que não sobra tempo para convivência com amigos e familiares.

4.1 DORTs em cozinhas industriais

O estudo analisado por Casarotto e Mendes (2003) traz considerações acerca dos trabalhadores daquele espaço e sua relação com acidentes de trabalho e suas consequências, conforme o gráfico 1 e tabelas 1 e 2.

Gráfico 1: Número e tipos de acidentes de trabalho sofridos pelos trabalhadores das cozinhas industriais



Fonte: Casarotto e Mendes, 2003.

Tabela 1: Prevalência e tipo de doenças ocupacionais dos trabalhadores de cozinhas.

Tipos de Doenças Ocupacionais	Número de trabalhadores acometidos
DORT	29
Dor na coluna	28
Distúrbio Psiquiátricos	6
Doenças Reumáticas	4
Alergias	4
Distúrbios visuais	4
Distúrbios Auditivos	3

Fonte: Casarotto e Mendes, 2003.

Tabela 2: Prevalência de queixas de desconforto postural por região corporal.

Tipos de Doenças Ocupacionais	Número de trabalhadores acometidos
Dor nas pernas	111
Dor nos pés	101
Região Lombar	98
Ombro direito	97
Ombro esquerdo	76
Mão/punho direito	73
Região Dorsal	73
Braço direito	71
Joelhos	69
Nuca	69
Braço esquerdo	53
Mão/punho esquerdo	53
Coxas	37
Nádegas	20

Fonte: Casarotto e Mendes, 2003.

No estudo realizado por Casarotto e Mendes (2003), foi possível perceber que o ambiente de trabalho trazia problemas em mais de uma esfera, como perturbações sonoras, perturbações térmicas – temperatura do fogão x câmaras frias -, ventilação deficitária com dificuldade de circulação de ar e umidade excessiva. Ademais, no hospital pediátrico havia riscos biológicos, principalmente relacionados a limpeza inadequada de instrumentos. A pesquisa também demonstrou que esses locais possuíam fatores que corroboram com a incidência de acidentes, como o frequente chão molhado e escorregadio e a má organização dos equipamentos que poderiam acabar caindo sobre os trabalhadores.

Entende-se, assim, que as consequências da atividade intensa executada nesses locais, como postura inadequada, força manual excessiva e a utilização dos mesmos músculos durante muito tempo podem levar ao aparecimento de DORT (MALCHAIRE; COOK; VERGRACHT, 2001). Em consequência, as principais doenças ocupacionais relatadas são as DORT, lombalgias, sinovites e tenossinovites (DATAPREV, 2000). Para além, Ono (1998) também traz que a epicondilite tem uma prevalência de 11,5% entre os cozinheiros e Osório (1994) traz a prevalência aumentada da síndrome do túnel do carpo. Especificamente, para aqueles que trabalham com corte de carne, há uma prevalência de doenças musculoesqueléticas devido ao grau de força e desvio ulnar / radial (MALCHAIRE; COOK; ROBERT, 1996).

Devido aos diversos riscos na cozinha industrial, foram criadas rotinas de auditoria fiscal. Essas rotinas tem o objetivo de fiscalizar as normas criadas pela ANVISA, o que deve ser feito por um fiscal da Vigilância Sanitária, de modo a verificar a segurança do trabalho. Assim, esse fiscal deve fiscalizar pontos como: limpeza e condições higiênicas da cozinha industrial dos funcionários que estão manuseando os alimentos; manejo adequado dos resíduos;

controle de insetos; a presença de um responsável pela parte técnica e do treinamento da equipe como um todo; documentação conforme a lei do próprio estabelecimento.

Além disso, os autores destacam que os utensílios de trabalho eram pesados e com desenho carente de ergonomia, o que impactava na postura dos trabalhadores e contribuía com o aparecimento de LER/DORT e dores na coluna. À exemplo pode-se citar a força excessiva quando do uso de facas não amoladas, a inclinação excessiva do tronco ao usar vassouras, rodos e pias, o frequente levantamento dos braços acima do ângulo de 90° para manusear alguns instrumentos, prolongada permanência em pé para as atividades, bem como a presença de instrumentos que podem apresentar riscos de manuseio como amputações de dedos relacionadas ao uso do moedor. Também se destaca os ciclos repetitivos de trabalho, como servir e cortar alimentos, e uso intenso dos mesmos grupos musculares.

Com o passar do tempo as preocupações com o bem-estar dos trabalhadores foi se tornando um ponto a ser discutido pelos gestores. Assim, iniciativas como a fiscalização de recursos preventivos já existente, a readaptação e criação de equipamentos de proteção individual (EPI) tornaram-se pontos de discussão (HOFF; BARROS, 2004); apesar dessas novas preocupações, ainda se nota que as cozinhas possuem pontos a serem aperfeiçoados ou melhores fiscalizados, como o ruído excessivo, a temperatura elevada, iluminação fraca e até mesmo instalações velhas e precárias (COLARES; FREITAS, 2007).

Sobre a temperatura presente nas cozinhas é um grande fator resultante de problemas, assim, o Ministério do Trabalho e Emprego trouxe a NR-15 que estipulou a temperatura limite nos ambientes de trabalho contínuo em 26,7 °C. Essa Norma Regulamentadora se faz de suma importância, uma vez que boas condições de temperatura e ventilação no ambiente de trabalho promovem a renovação do ar de modo a oferecer uma maior sensação de conforto térmico (DE PAULA, 2011). Assim, em regiões do Brasil em que se há um clima mais quente, bem como em locais que possuem muitos equipamentos que desprendem calor se faz necessário a instalação de coifas e exaustores, os quais são capazes de amenizar o ar quente e a presença de odores (SILVA JÚNIOR, 2008).

Já sobre a iluminação, sabe-se que quando ela é adequada, ou seja, quando há uma boa distribuição, isto melhora a eficácia do trabalho além de diminuir a chance de ocorrerem acidentes, bem como de doenças oftálmicas. Com isso, a Resolução da Diretoria Colegiada nº 2016 abordam critérios de observação sobre a iluminação nos locais de serviços de alimentação, como a obrigatoriedade de haver iluminação natural e/ou artificial que não comprometam a higiene do local e a visão dos funcionários, no entanto, essa Resolução não estabelece valores (BRASIL, 2004). Destaca-se que o uso de lâmpadas fluorescente é recomendado, uma vez que

iluminam o ambiente de forma uniforme e proporcionam conforto ao não produzir calor, além disso, as luminárias devem ser protegidas contraexplosões e quedas, com materiais de acrílico (TONDO; BARTZ, 2011).

Acerca dos ruídos, esses além de interferir na eficácia do trabalho também impactam na saúde dos trabalhadores, podendo gerar consequências como a perda da audição, aumento da pressão arterial e doenças psicológicas (SILVA JÚNIOR, 2008). Ainda, é recomendado que seja feita uma análise quantitativa do ruído no ambiente de trabalho de modo a conseguir determinar os níveis de ruídos aos quais os funcionários são submetidos para que se possa criar estratégias de enfrentamento (TOSTES, 2003).

Retornando ao estudo de Casarotto e Mendes(2003), uma comparação dos locais abordados, permite destacar uma semelhança na carga física e organização de trabalho, mas que existem diferenças na carga mental de trabalho, uma vez que na cozinha hospitalar havia uma maior preocupação com as consequências que um erro no preparo do alimento pudesse trazer aos pacientes, além de os funcionários do lactário, onde são preparadas as refeições de leite materno e formulas infantis com cuidados específicos, terem sua rotina de trabalho em um local isolado, sem comunicar-se com os demais. Para mais, os resultados da CLR, avaliada pelo método NIOSH, mostraram que no hospital pediátrico não havia um levantamento de carga maior que o limite recomendado; no entanto, foi encontrado pesos acima desse valor nas cozinhas dos restaurantes, conforme a tabela 3.

Tabela 3- Atividades realizadas pelos restaurantes com pesos e cargas limites prolongados

Atividades	Peso levantado (Kg)	CLR (Kg)
Descarregamento de caixas de maracujá	20	4,36
Empilhamento de sacos de açúcar	10	0
Carregamento de caixas de mandioca	25	8,63
Descarregamento de sacos de cebola	25	19,38

Fonte: Casarotto e Mendes, 2003.

Assim, observa-se que o peso com os quais funcionários de cozinhas industriais precisam lidar, em conjunto com os movimentos repetitivos e a longa duração em pé, podem gerar diversos riscos, principalmente musculoesqueléticos. Nesse sentido, a postura em pé é uma das grandes responsáveis pelo adoecimento de trabalhadores, podendo estar relacionado as dores nas pernas, pés, coluna lombar ou, ainda, lombalgia (DE MARCO, 2007), para mais, essa postura também pode ser responsável por doenças venosas nos membros inferiores (BERTOLDI; PROENÇA, 2008).

De acordo com os dados da coleta, pode-se analisar que, ainda que a cozinha pareça um lugar inofensivo, continua sendo local com perigos que precisam ser notados. Por estes motivos a postura sobre a segurança dentro da cozinha industrial vem sendo modificada a cada dia, assim colaborando para a segurança de seus trabalhadores.

No Brasil, a gastronomia vem sendo ampliada e pessoas mais novas estão entrando neste mercado, criando um equilíbrio entre os gêneros (idade ou gênero) que fazem parte deste movimento. A ideia de que cozinha é um trabalho voltado para mulheres foi modificada conforme o aumento da conscientização sobre questões de gênero.

Porém, para que exista a segurança a todos, é essencial que bons fornecedores sejam contratados e que haja uma supervisão adequada da gestão de pessoas ou de RH da empresa, com elementos de uma boa gestão. O problema é que a maioria não sabe como fiscalizar o andamento da cozinha, abrindo lacunas para a ocorrência de agravos indesejáveis. Por isso, atualmente, o RH tornou-se um setor importante para que a empresa siga conforme a regulamentação necessária, fornecendo o apoio aos colaboradores e, ainda, conferindo periodicamente os processos internos e analisando os requisitos para a segurança de seus funcionários, como por exemplo: pisos regulares ou antiderrapante, limpos e seco; o ambiente não pode ser obstruído com caixas ou aparelhos; luvas de proteção e luvas resistentes ao calor; uso de máscaras e toucas para evitar a contaminação; controle do tempo das atividades repetitivas; pausas programadas, assim como um ambiente de trabalho promotor de qualidade de vida.

A cozinha industrial pode adotar suas próprias regras para evitar que acidentes ocorram, como: instalações, equipamentos e móveis mantidos higienizados; não usar desodorantes nas áreas de preparação e no armazém de alimentos; produtos saneantes específicos do Ministério da Saúde; uniformes diferentes para o manipulador dos alimentos e o responsável pela higiene; controle de pragas urbanas; água potável para alimentos usados; reservatório de água higienizado a cada seis meses; cabelos protegidos por rendas e unhas cortadas; os tratamentos térmicos devem assegurar que os alimentos atinjam a temperatura de, no mínimo, 70°C, por igual, em suas partes; óleo e gordura utilizado devem ser aquecidos à temperatura de no máximo 180°C; os serviços de alimentação devem possuir processos padrão para seu funcionamento e um manual de boas práticas.

Por fim, é notável que sujeitos que trabalham em cozinhas estão em um ambiente de alto risco de desenvolvimento de patologias e de acidentes. Isso se dá devido a características como falta de estrutura e planejamento, ou seja, falta de um pensamento mais humanizado sobre

aquele local e seus trabalhadores. Logo, se torna fundamental que os gestores passem a pensar na adaptação de tais espaços de modo a diminuir a incidência das doenças ocupacionais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, entende-se que as atividades executadas nas cozinhas industriais apresentam grandes riscos aos trabalhadores, indo desde riscos das próprias doenças ocupacionais até os acidentes de trabalho. Pode-se citar como as principais causas desses altos números a falta de planejamento ergonômico e a falta de manutenção periódica dos utensílios, além de condições de trabalho inadequadas.

Dejours (1987) critica o modelo taylorista demonstrando que a organização do trabalho afeta diretamente no psíquico do trabalhador, sendo assim, más condições de trabalho podem trazer diversas consequências ao trabalhador, impactando no seu psíquico e no seu físico. O trabalho acaba se tornando uma fonte de angústias e sofrimento. Sendo assim, a sobrecarga aos trabalhadores desses locais se torna também um desafio para os gestores, que devem adaptar os espaços e demandas a fim de diminuir a incidência e prevalência das doenças ocupacionais.

Mediante isso, este trabalho teve como objetivo principal explorar os impactos das atuais condições de trabalho na ocorrência das doenças ocupacionais e compreender os fatores de risco que propiciam o surgimento das doenças ocupacionais em cozinhas industriais. Procurou também, explorar a dinâmica e os padrões de doenças ocupacionais ao longo dos anos, assim como, correlacionar as alterações nas condições de trabalho e nos tipos de trabalho à mudança da prevalência de doenças ocupacionais e a identificar as principais doenças ocupacionais prevalentes na população brasileira.

Assim, entende-se que as principais doenças ocupacionais presentes no ambiente das cozinhas industriais são as lesões por esforços repetitivos (LER) e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), sendo que fatores como o excessivo peso, a grande carga horária envolvida em processos repetitivos e uma fraca gestão organizativa colaboram com essas grandes taxas. É válido destacar que não somente doenças como as já citadas, mas também os inúmeros acidentes de trabalho contribuem com o aumento das licenças no âmbito do setor de alimentação. Ainda, observa-se que as áreas em que os funcionários trabalham todo dia executando a mesma tarefa com o mesmo movimento possuem um risco maior de desenvolver doenças.

Destaca-se que os dados e análises apresentadas demonstram a prevalência de doenças ocupacionais como um tema importante para o campo da administração, tendo em vista sua

relação direta com a saúde do trabalhador e sua qualidade de vida. Dessa forma, foram estudadas algumas atividades que abrangem movimentos em repetição colunares e dos membros superiores, excessos de peso levantados e a permanência em pé durante longo período de tempo. Nesta análise, portanto, ficou cientificamente comprovado que problemas de coluna e as doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORTs) acabam desenvolvendo-se em ocupações que apresentem atividades de tal natureza.

Vale destacar a Norma NR-17, elaborada pela Secretaria de Inspeção do Trabalho do Ministério da Economia, apresenta que a organização do trabalho deve ser adequada às características fisiológicas e, inclusive, às características psicológicas dos funcionários, devendo levar em consideração a natureza do trabalho e fatores envolvidos. Ressalta-se também a Norma NR-12 que define medidas de proteção e referências técnicas para garantir a saúde e integridade física do trabalhador, estabelecendo requisitos mínimos envolvendo a prevenção de doenças e acidentes do trabalho no que tange ao uso de maquinários e demais equipamentos, como máquinas de açougue e de panificação. Assim, a NR-12 traz como prioridade medidas de proteção individual e coletiva além de medidas administrativas de organização do trabalho. (DE PAULA, 2011).

Após apresentar o problema das doenças ocupacionais no Brasil e nas cozinhas industriais, é possível observar e refletir sobre o papel do gestor como liderança neste contexto o que abre campo para pesquisas futuras. Cabe ao gestor elaborar um planejamento condizente com cada tipo de atividade que será executada dentro de cada organização, conhecendo profundamente o seu escopo, a fim de conseguir promover a qualidade de vida no trabalho. Gestores ineficientes, sem as habilidades necessárias para a gestão, irão somente se preocupar com os resultados, deixando de lado os processos e as pessoas envolvidas. Neste contexto é que a gestão eficiente e a promoção de qualidade de vida no trabalho se fazem mais do que necessárias, ainda mais nos dias de hoje, caracterizadas pelo ambiente altamente mutável, e com as organizações valorizando cada vez mais gestores com estas habilidades refinadas e este olhar para com a organização e seus colaboradores. Neste contexto e, principalmente, visando aprimorar os conceitos a respeito da gestão de pessoas, pesquisas futuras poderão aprofundar no papel da liderança na redução de doenças ocupacionais e como promotora da qualidade de vida no trabalho.

Em síntese, é essencial que um trabalho de gestão seja realizado de forma correta nas cozinhas industriais, de modo a contribuir com a diminuição de doenças ocupacionais comuns nesses ambientes, bem como a diminuição do número de acidentes de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS EMPRESAS DE REFEIÇÕES COLETIVAS. Mercado real. 2020. Disponível em: <<https://aberc.com.br/mercadoreal.asp?IDMenu=21>>. Acesso em 26 jan 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALIMENTOS (ABIA). 2020. Disponível em: <<https://www.abia.org.br/numeros-setor>>. Acesso em 27 fev 2020.

AGUIAR, O. B. DE.; VALENTE, J. G.; FONSECA, M. DE. J. M. DA. Descrição sócio-demográfica, laboral e de saúde dos trabalhadores do setor de serviços de alimentação dos restaurantes populares do estado do Rio de Janeiro. **Rev. Nutr.**, v. 23, n. 6, p. 969-982, 2010.

ALEVATO, H.; ARAÚJO, E. M. G. Gestão, organização e condições de trabalho. In: V Congresso Nacional de Excelência em Gestão – Gestão do conhecimento para a sustentabilidade. Niterói/RJ, 2009.

AMARAL, F.G. O método NIOSH - Método prático para avaliar cargas e o risco dorso-lombar associado. Anais do Segundo Congresso Latino Americano e Sexto Congresso Brasileiro de Ergonomia, Florianópolis, Abergó, p.240-247, 1993.

ANDERSSON, G.B. The epidemiology of spinal disorders. In: Frymoyer, J.W. **The Adult Spine: Principles and Practice**. 1st ed. New York: Ed. Raven Press, 1991. p.107-146.

ARAÚJO, J. N. G.; COLS. L. E. R. **Dimensões ergonômicas, psicológicas e sociais**. São Paulo: Ed. Health, 1998.

BAILL, S. S. **Gestão da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT): o caso da LM Telecomunicações de Foz do Iguaçu**. 70f. Monografia. (Especialização em Gestão das Organizações), Programa de Pós-graduação do Centro de Ciências Sociais Aplicadas (CCSA) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Foz do Iguaçu, 2007.

BERTOLDI, C. M. L.; PROENÇA, R. P. C. Doença venosa e sua relação com as condições de trabalho no setor de produção de refeições. **Revista de Nutrição**, v. 21, n. 4, p. 447-454, 2008.

BERTOLLI FILHO, C. Medicina e trabalho: As "ciências do comportamento" na década de 40. **Revista de História**, v. 127/128, p. 37-51, 1993.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004**. Dispõe sobre Regulamento Técnico de boas Práticas para Serviços de Alimentação. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em 24 fev 2021.

BRASIL. **Anuário da saúde do trabalhador**. São Paulo: DIEESE, 2016.

BRASIL. ANVISA. **Resolução RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004**. Dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em 24 fev 2021.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2018: Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas**. Brasília: Ministério da saúde, 2019.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Normas Regulamentadoras do trabalho nº 1-34**. 2011. Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br/legislacao/>>. Acesso em 24 fev 2021.

CASAROTTO, R. A.; MENDES, L. F. Queixas, doenças ocupacionais e acidentes de trabalho em trabalhadores de cozinhas industriais. **Rev. bras. saúde ocup.**, v. 28, n. 107-108, p. 119-126, 2003 .

COCKELL, F. F.; et al. A cozinha e o movimento em equilíbrio: vivências, percepções corporais e comitê de ergonomia. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, v. 5, n. 10, 2018.

COLARES, L. F. T.; FREITAS, C. M. Processo de trabalho e saúde de trabalhadores de uma unidade de alimentação e nutrição: entre a prescrição e o real do trabalho. **Saúde Pública**, v. 23, n. 12, p. 3011-3020, 2007.

DATAPREV. Quantidade de acidentes de trabalho registrados, por motivo, segundo os 50 códigos da Classificação Internacional de doenças (CID) mais incidentes. 2000.

DE MARCO, F. F. Análise das condições organizacionais e ambientais de uma cozinha industrial. Dissertação (Especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho) – Unochapecó, Chapecó/SC, 2007.

DE PAULA, C. M. D. Riscos ocupacionais e condições de trabalho em cozinhas industriais. Dissertação (Especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho**. Editora Cortez, 1991.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho**. São Paulo: Cortez, 1987.

DIAS, G. F. Educação. **Ambiental: princípios e práticas**. São Paulo: Global, 1994.

DOMENE, S. M. A. **Técnica e dietética: teorias e aplicações**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2011.

DUARTE, D. A. Narrar para conhecer os modos de ser-trabalhar-existir: o (difícil) cenário do trabalho contemporâneo. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 19, n. 2, p. 187-199, 2016.

EHRMANN, F. D.; ROSSIGNOL, M.; ABEHAIN, L; GOBEILLE, D. Physician referral to Physical Therapy in a cohort of workers compensated for Low Back Pain. **Physical Therapy**, v. 75, n. 2, p. 150-156, 1996.

ENGLISH, C. J.; et al. Relations between upper limb soft tissue disorders and repetitive movements at work. **American Journal of Industrial Medicine**. v. 27, p. 75-90, 1995.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). Documento eletrônico capturado em 23/07/2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Editora Atlas, 2007.

GORENDER, J. Globalização, tecnologia e relações de trabalho. **Estudos Avançados**, v. 11, n. 29, p. 311-361, 1997.

GORSCHÉ, R., et al. Prevalence and incidence of carpal tunnel syndrome in a meat packing plant. **Occup Environ Med**, v. 56, p. 417-422, 1999.

GORSCHÉ, R.; et al. Prevalence and Incidence of Stenosing Flexor Tenosynovitis (Trigger Finger) in a Meat-Packing Plant. **Journal Occupational and Environmental Medicine**, v. 40, n. 6, p.556-560. 1998.

HOFF, C. H. Y.; BARROS, J. G. M. **União das Boas Práticas de Manipulação e Segurança do Trabalhador em benefício da segurança alimentar**. In: VII Encontro Latino Americano

de Iniciação Científica e IV Encontro Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.r/cd/INIC_2004/trabalhos/epg/pdf/EPG6-22.pdf>. Acesso em 24 fev 2021.

HUMPHREY, A. E. Biotechnology. The way ahead. **Journal of Chemical Technology and Biotechnology**, v. 32, n. 1, p. 25-33, 1982.

KEYSERLING, W.M.; STETSON, D.S.; SILVERSTEIN, B.A.; BROUWER, M.L. A checklist for evaluating ergonomic risk factors associated with upper extremity cumulative trauma disorders. **Ergonomics**, v. 36, n. 7, p.807-831, 1993.

ISOSAKI, M.; et al. Prevalência de sintomas osteomusculares entre trabalhadores de um Serviço de Nutrição Hospitalar em São Paulo, SP. **Rev. bras. saúde ocup.**, v. 36, n. 124, p. 238-246, 2011.

LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical. Dissertação (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 1996.

MALCHAIRE, J. B.; COOK, N. A.; ROBERT, A. R. Prevalence of musculoskeletal disorders at the wrist as a function of angles, forces, repetitiveness and movement velocities. **Scandinavian journal of work and Environment Health**, v. 22, p. 176-81, 1996.

MALCHAIRE, J.; COCK N.; VERGRACHT, S. Review of the factors associated with musculoskeletal problems in epidemiological studies. **International Archives of Occupational and Environment Health**, v. 74, p. 79-90, 2001.

MENDES, R. **Medicina do Trabalho-Doenças Profissionais**. São Paulo: Sarvier, 1980.

MENDES, R. **Patologia do Trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA. Nota Técnica esclarece sobre caracterização da Covid-19 como doença ocupacional. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/noticias/2020/previdencia/dezembro/nota-tecnica-esclarece-sobre-caracterizacao-da-covid-19-como-doenca-ocupacional>. Publicado em 17/12/2020. Acesso em 25/02/2021.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA. Quase 39 mil trabalhadores são afastados por LER/Dort em 2019. 2020b. Disponível em: <<https://www.gov.br/fundacentro/pt-br/assuntos/noticias/noticias/2020/3/a>>. Acesso em 03 fev 2021.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA. Saúde do trabalhador: Dor nas costas foi doença que mais afastou trabalhadores em 2017. 2020a. Disponível em: <<https://www.gov.br/previdencia/pt-br/assuntos/noticias/previdencia/institucional/saude-do-trabalhador-dor-nas-costas-foi->

doenca-que-mais-afastou-trabalhadores-em-2017#:~:text=Da%20Reda%C3%A7%C3%A3o%20(Bras%C3%ADlia)%20%E2%80%93%20Em,aux%C3%ADlios%20doen%C3%A7as%20concedidos%20pelo%20INSS>. Acesso em 03 fev 2021.

MINISTÉRIO DE TRABALHO. Normas regulamentadoras de segurança e saúde no Trabalho: NR 17 - Ergonomia. Disponível em: <<http://mtb.gov.br/legi/nrs/nr17.htm>>. Acesso em 24 fev 2021.

MONTEIRO, C. A. A dimensão da pobreza, da fome e da desnutrição no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 9, n. 24, p. 195-207, 1995.

ONO, Y., et al. Epicondylitis among cooks in nursery schools. **Occup Environ Med**, v. 55, p. 172-179, 1998.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Depressão. 2020. Disponível em:<<https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>>. Acesso em 23 jan 2021.

OSORIO, A. M.; et al. Síndrome do túnel do carpo em trabalhadores de mercearia. **Jornal Americano de Medicina Industrial**, v. 25, p. 229-245, 1994.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RIINA, L. H; et al. Burn injury in kitchen workers: a cause for prevention. **Journal of Burn Care & Rehabilitation**, p. 563-564. 2000.

SANTANA, V. S. Saúde do trabalhador no Brasil: pesquisa na pós-graduação. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. spe, p. 101-111, 2006 .

SECRETARIA ESPECIAL DE COMUNICAÇÃO/SP. **Pesquisa traça o panorama do setor gastronômico na cidade de São Paulo**. 2019. Disponível em: <http://www.capital.sp.gov.br/noticia/pesquisa-traca-o-panorama-do-setor-gastronomico-na-cidade-de-sao-paulo#:~:text=Os%20servi%C3%A7os%20que%20envolvem%20a,representa%20372%2C8%20mil%20pessoas.&text=A%20remunera%C3%A7%C3%A3o%20m%C3%A9dia%20do%20trabalhador,%2C%20que%20%C3%A9%20R%24%203.467>. Acesso em 03 fev 2021.

SETTIMI, M. M.; COLS. Lesões por esforços repetitivos/ distúrbios ósteo-musculares relacionados ao trabalho: abordagem interdisciplinar. Rede Especial - revista do projeto de Cooperação Técnica Brasil-Itália. p.149-153, 1998.

SILVA JÚNIOR, E. A. **Manual de controle higiênico-sanitário em alimentos**. 6 ed. São Paulo: Livraria Varela, 2008.

SILVERSTEIN, B. A.; et al. Distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho: comparação de fontes de dados para vigilância. **American Journal of Industrial Medicine**, 31, p. 600-608. 1997.

STACCIARINI, J. M. R.; TROCCOLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 17-25, 2001.

TACKE, J.; et al. Dermatite de contato ocupacional em padeiros, confeitadores e cozinheiros. **Contact Dermatitis**, v. 33, n. 2, p. 112-117, 1995.

TEIXEIRA, S. M. F. G.; et al. **Administração aplicada às unidades de alimentação e nutrição**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2006.

TONDO, E. C.; BRATZ, S. **Microbiologia e sistemas de gestão da segurança dos alimentos**. Porto Alegre: Sulina, 2011.

TOSE, M. DE. G. L. S. **A evolução da gestão de recursos humanos no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Administração) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

TOSTES, M. G. V. **Segurança no trabalho em unidade de alimentação e nutrição – treinamento e dinâmica**. Dissertação (Especialização em qualidade em alimentos) – Centro de Excelência em Turismo – Universidade de Brasília, 2003.